

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA U RIJECI
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA U RIJECI

Elena Domika

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA U PEDIJATRIJI

Završni rad

Rijeka, 2019.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Elena Domika

NURSING DOCUMENTATION IN PEDIATRIC

Final work

Rijeka, 2019.

Mentor rada: Marija Bukvić prof., rehab., mag.med.techn.

Završni rad obranjen je dana _____ u Rijeci na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, preddiplomskom stručnom studiju sestrinstva pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____
2. _____
3. _____

Rijeka, 2019.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici prof., rehab.mag.med.techn. Mariji Bukvić koja je vjerovala u mene i kada sama nisam i bez koje ne bi bila tu gdje sam sada.

Zahvaljujem se mojoj majci na velikoj podršci i pomoći tijekom cijelog života, a posebno ove tri godine studijskog školovanja.

Zahvaljujem se i mojoj djeci Filipu i Rebecci kada je mama bila „Drama Queen“ i na velikoj pomoći kada god je nešto zapelo.

Veliko hvala i mojim kolegicama koje su uskakale u smjenu kada god je to bilo potrebno. Hvala mojim kolegicama i kolegama sa studija koji su ove tri godine učinili nezaboravnim i zabavnim.

Tata- moj anđele ovo je za tebe.

SAŽETAK

Skup podataka koje medicinska sestra prikuplja i upisuje, bilo u papirnatom ili elektroničnom obliku te koji su osnova za kontrolu kvalitete provedene i planirane zdravstvene njege zovemo sestrinska dokumentacija. Upisivanje i evidentiranje podataka u sestrinsku dokumentaciju, bitno je zbog provjere, usporedbe i kvalitetne raspodjele resursa u zdravstvenoj njezi, kontinuiranog praćenja bolesnikova stanja, te zbog pravne zaštite medicinskih sestra i tehničara koji su zaduženi za ispunjavanje dokumentacije. Također, ona predstavlja i bitan segment u strukturnoj organizaciji sestrinstva. Uz standardne operacijske postupke, sestrinska dokumentacija je materijal koji se upotrebljava za procjenu potrebnog vremena za indirektnu i direktnu zdravstvenu njegu. Postoje još mnogobrojni razlozi zbog kojih je potrebno voditi sestrinsku dokumentaciju, a samim vođenjem dokumentacije medicinske sestre i medicinski tehničari potvrđuju da u svom svakodnevnom radu primjenjuju svoje znanje, vještine i stavove te etičke kodekse.

Ključne riječi: sestrinska dokumentacija, zdravstvena njega, medicinska sestra/medicinski tehničar

SUMMARY

Dataset collected and written down by a medical nurse in either physical or virtual form which is then used as a basis for quality control and planned health care, is called nursing documentation. Writing down and recording data in nursing documentation is important for checking, comparing and distributing resources in health care. It is also important for continuous monitoring of patient's condition and for legal protection of medical nurses who are responsible for filling in the documentation. Nursing documentation is a relevant part of organizing and structuring the whole nursing system. Alongside standard operational procedures, nursing documentation is used for assessing the time needed for both indirect and direct health care. There are many more reasons why nursing documentation must be kept, and by keeping records themselves, medical nurses confirm that they apply their knowledge, skills and codes of ethics in their daily work.

Key words: nursing documentation, health care, medical nurses

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. POVIJEST SESTRINSKE DOKUMENTACIJE.....	3
3. PRAVNI I EKONOMSKI ASPEKTI.....	5
4. DOKUMENTACIJA U ELEKTRONIČKOM OBLIKU.....	7
5. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA.....	9
5.1. Sestrinska anamneza.....	10
5.2. Praćenje stanja pacijenata.....	13
5.3. Trajno praćenje postupaka.....	15
5.4. Decursus.....	16
5.5. Planovi zdravstvene njege.....	17
5.6. Medicinsko- tehnički i dijagnostički postupci.....	18
5.7. Procjena rizika za pad u pedijatrijskoj skrbi.....	19
5.8. Sestrinsko otpusno pismo.....	20
6. SMJERNICE ZA VOĐENJE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE.....	22
7. SPECIFIČNE LISTE ZAVODA ZA HEMATOONKOLOGIJU, ONKOLOGIJU I KLINIČKU GENETIKU KBC-A RIJEKA- LOKALITET KANTRIDA.....	23
7.1. Crvena lista.....	23
7.2. Lista medicinske sestre.....	24
7.3. Terapijska lista.....	25
8. ZAKLJUČAK.....	27
9. LITERATURA.....	28
10. PRILOZI.....	29
11. ŽIVOTOPIS.....	30

1. UVOD

U ovom završnom radu biti će prikazani i opisani dijelovi sestrinske dokumentacije. Posebno će se istaknuti specifična dokumentacija koja se koristi na Zavodu za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku u KBC- u Rijeka, lokalitet Kantrida. Također će se navesti razlike u ispunjavanju dokumentacije kod odraslih i pedijatrijskih pacijenata.

Sestrinska dokumentacije se provodi u bolničkim zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj. Kvaliteta dokumentacije razmatra se na 2 načina: kvantitativno i kvalitativno. Kvalitativno se provjerava način pisanja i opisivanja, te upotrebljavanje pravilne terminologije. Dok se kod kvantitativnog načina provjerava postotak ispunjavanja dokumentacije. Nadzori koji provjeravaju dokumentaciju, obavljaju isto na redovan ili izvanredan način. Unutarnji nadzor obavljaju odgovorene osobe zaposlene u istoj ustanovi. Dok izvanredni tj. vanjski nadzor obavlja Hrvatska komora medicinskih sestara.

Sestrinska dokumentacija sastoji se podataka koje medicinska sestra ili medicinski tehničar zapisuju o pacijentima. Predstavlja i sustavnu podršku u komunikaciji unutar multidisciplinarnog tima. Ista se mora voditi pravovremeno te prema pravilima i zakonima sestrinstva. Dokumentiranjem se u kontinuitetu procjenjuje stanje pacijenta i pravodobno se uočavaju promjene pacijenata za vrijeme hospitalizacije. Također, adekvatnim vođenjem dokumentacije dobiva se i uvid u ishod i kvalitetu pružene zdravstvene skrbi.

Prema zakonu pacijent ima pravo prilikom otpusta iz bolnice dobiti kompletnu medicinsku dokumentaciju, a pod istu spada i sestrinska dokumentacija. Ona mora biti standardizirana i strukturirana jer utječe na unaprjeđenje kvalitete zdravstvene njege.

Dokumentacija se vodi u papirnatom i elektroničkom obliku. Elektroničkim zapisom sestrinske dokumentacije, na jednostavan i brz način se dobiva uvid u samostalnost pacijenata, njihove vitalne funkcije te se procjenjuje stanje svijesti. Kontrola kvalitete rada medicinskih sestara i medicinskih tehničara, prema zakonu o sestrinstvu, sastoji se od: plana zdravstvene njege, provedenih postupaka zdravstvene njege, rezultata iste te utjecaja zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika.

Osnovne karakteristike sestrinske dokumentacije moraju biti: činjenične, istinite, pravovremene, potpune, organizirane i u skladu sa standardima zdravstvene njege.

U budućnosti, kvalitativna sestrinska dokumentacija bi se mogla upotrijebiti za stručne i istraživačke radove, te za izradu smjernica i protokola za unaprjeđenje zdravstvene njege.

2. POVIJEST SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Težnja prema osiguravanju i poboljšavanju kvalitete u zdravstvenoj njezi vidljiva je još u doba Florence Nightingale. Ona je, 1858 godine postavila standarde vezane uz zbrinjavanje vojnika uvođenjem organizacijskih i higijenskih mjera. U današnje vrijeme dokumentiranje podataka o pacijentu, u sestrinskoj praksi je svakodnevno uobičajena pojava. U prošlosti nije bilo od važnost zapisivanje pojedinih podataka, npr. kupanje ili hranjenje pacijenata. Za shvaćanje važnosti vođenja sestrinske dokumentacije borile su se Florence Nightingale i Virginija Henderson.

Za vrijeme Krimskog rata (1854-1856) u Konstantinopolju, F.Nightingale su zadužili za poboljšanje medicinske njege u općoj bolnici. Ona se bavila i prikupljanjem podataka, te je izradila statističke dijagrame. Na njima je prikazala postotak smrtnosti od zaraznih bolesti britanskih vojnika. Za nju, sa zdravstvenom njegom se moraju stvoriti uvjeti za obavljanje prirodnih procesa. Istaknuvši potrebu za dokumentiranjem svakodnevnih stvari, počela se voditi evidencija o pravilnoj upotrebi zraka, topline, svjetla, čistoće i prehrane. Sve to je radila s ciljem poboljšanja, prikupljanja i zapisivanja podataka koji utječu na adekvatno vođenje pacijenta. Zahvaljujući njezinim naglašavanjem važnosti za obrazovanjem i usavršavanjem, u Londonu je otvorena prva škola za medicinske sestre.

Osnova zdravstvene skrbi, za Ernestin Wiedenbach, je pomoć drugoj osobi. Sastoji se od 3 faze, a to su: utvrđivanje potreba za pomoć pojedincu, pružanje pomoći te provjere jeli pomoć pružena.

Jedna od zadataka zdravstvene njege, koji obavlja medicinska sestra ili medicinski tehničar je i pružanje pomoći u obavljanju osnovnih ljudskih potreba. Virginia Henderson, dokumentaciju u ono doba, unapređuje idejom o izradi planova zdravstvene njege. Time sprječava bacanje sestrinske dokumentacije nakon otpuštanja pacijenta.

Do velikih i bitnih promjena za sestrinsku dokumentaciju, dolazi početkom 70- tih godina prošlog vijeka, primjenom procesa zdravstvene njege. Od tada se mijenja pogled i shvaćanje sestrinske dokumentacije. Ona postaje obveza medicinskih sestara i tehničara, osigurava prikupljanje svih bitnih podataka o pacijentu koji imaju utjecaj na tijek i ishod liječenja, provjerava provedene intervencije i ciljeve, osigurava dokaze

o bolesniku te time služi u pravnoj zaštiti, utječe na ekonomski status u zdravstvu prikazom troškova, te postavlja i regulira standarde sestrinske prakse.

3. PRAVNI I EKONOMSKI ASPEKTI

Svaka osoba, zdrava ili bolesna, koja zahtjeva ili joj se pruži pojedina intervencija ili proces, a koji vodi ka očuvanju i unaprjeđenju zdravlja, sprječavanju bolesti, liječenju ili medicinskoj njezi i rehabilitaciji, naziva se pacijentom.

U Republici Hrvatskoj, Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite, donesena su načela i mjere za poboljšavanje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite. Načela zdravstvene zaštite, u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su: sveobuhvatnost, kontinuiranost, dostupnost te holistički pristup. U specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zaštiti glavno načelo je specijalizirani pristup osobi. Svaki pacijent ima pravo na najbolju i najkvalitetniju zdravstvenu zaštitu i skrb u skladu sa općim zdravstvenim stanjem.

Stupanjem na snagu Zakona o sestrinstvu te osnivanjem Hrvatske komore medicinskih sestara, od 2003. godina sestrinska dokumentacija postaje dnevna obveza medicinskim sestara i tehničara. Do tada je vođenje dokumentacije bilo usputno, ali ne i definirano zakonom. Iste godine HKMS, stavlja u zadatak izradu sestrinske liste i kategorizaciju pacijenata. Medicinska sestra ima obavezu upisivati svaki provedeni postupak tijekom 24 sata. Načelo kojim se vodi dokumentacija glasi: "što nije dokumentirano, nije učinjeno".

U provođenju sestrinske dokumentacije, medicinska sestra mora upotrebljavati svoje najbolje stručno znanje, pritom poštivati načela etičkih prava, prava pacijenata te stručna načela kojima je funkcija zaštita zdravlja svih populacija, te se i sama mora trajno educirati i usavršavati u svim segmentima sestrinstva. Edukacija i usavršavanje zdravstvenih radnika odvija se sudjelovanjima na tečajevima, stručnim seminarima te stručnim skupovima. Sestrinska dokumentacije osim pacijenta, štiti i same zdravstvene radnike koji je provode.

Gledano sa ekonomskog aspekta, također postoje razlozi za vođenjem sestrinske dokumentacije. Kao što smo već napomenuli, prvi i osnovni razlog za vođenje dokumentacije je pravna zaštita. Također, postoje i propisi za reguliranje ekonomskih resursa zbog kojih se provodi dokumentacija. Ulaskom u Europsku uniju, donesen je zakon koji za cilj ima kontrolu upravljanja javnim sektorom. Nastaje i objedinjen sustav za unutarnju financijsku kontrolu kojim se provjerava i opravdava korištenje

novca iz europskih fondova. Osniva se i revizija za unutarnju nadležnost zdravstvenih ustanova koji iznosi svoje preporuke i stručna mišljenja voditeljima tj. ravnateljima ustanova u cilju što efikasnijeg ekonomskog upravljanja. U zdravstvu se pomoću nadzora i kontroliranja financijske potrošnje donose racionalnija rješenja sa svrhom uspješnije i kvalitetnije zdravstvene zaštite. Tim propisanim i donesenim zakonima je sestrinska djelatnost važna i neizostavna u cjelokupnom procesu. Uzevši u obzir sve navedeno do sada, adekvatno i detaljno opisivanje procesa rada medicinskih sestara u pružanju zdravstvene njege, dokumentacija ulogu nalazi i u donošenju ekonomskih odluka za unaprjeđenje poslovanja zdravstvenih ustanova.

4. DOKUMENTACIJA U ELEKTRONIČKOM OBLIKU

U sestrinstvu, on označava skup podataka koji su zabilježeni na elektroničkom mediju. Podaci moraju biti adekvatno povezani i organizirani zbog brze analize podataka te jednostavnijeg pristupa. Podaci se u kompjuter unose neposredno nakon prijema, a prije ili nakon što se pacijent smjestio u bolesničku sobu. Prije nego li se u zdravstvenim ustanovama počelo provoditi dokumentiranje u elektroničkom obliku, morala se nabaviti adekvatna oprema te educirati zdravstveno osoblje koje je zaduženo za vođenje dokumentacije.

Sestrinska dokumentacija se sastoji od brojčanih i tekstualnih podataka i u skladu s tim bi se trebalo, s vremenom mijenjati i poboljšavati kompjuterski zapis dokumentacije. U današnje vrijeme postoje i podsustavi sestrinske dokumentacije, te postoje razni oblici koji se koriste u zdravstvenim ustanovama ovisno o njihovim potreba i organizaciji. Većina oblika omogućava: smještaj bolesnika po bolničkim sobama, ispunjavanje sestrinske anamneze, fizikalni pregled bolesnika, podatke o osnovnim ljudskim potrebama, planove zdravstvene njege, trajno praćenje bolesnika, procjenu stanja svijesti bolesnika te sestrinsko otpusno pismo.

Osnovu bolničkog procesa čini bolnički informacijski sustav. Prilikom unošenja sakupljenih podataka u kompjuter, velika se pažnja stavila na zaštitu istih podataka te neomogućavanje zlouporabe i pristupanja podacima bez korisničkog imena i šifre djelatnika. Poznato je dakako da, informatizacija ima mnogo prednosti, ali isto tako i mnogo mana. Ciljevi kompjuterske sestrinske dokumentacije su: smanjivanje grešaka uslijed nečitkog rukopisa, manji napor i vrijeme potrebno za dokumentiranje, bolja kvaliteta pružene zdravstvene njege, te lakše pronalaženje podataka za istraživanja. Naime danas, sve veći problem predstavlja obiman opseg posla, a premali ili nedovoljan broj zaposlenih osoba, pa vođenje dokumentacije na kompjuteru oduzima puno vremena.

Integriranom bolničkom informacijskom sustavu pripadaju 3 osnova podsustava te puno manjih modela koji se nadograđuju prema bazičnoj tj. osnovnoj funkcionalnosti.

BIS tj. bolnički informacijski sustav koristi se za podršku u radu poliklinika, dnevnih bolnica i stacionara. Pomoću ovog programa omogućava se naručivanje na dijagnostičke preglede, liječenje te njega pacijenata. Sastoji se i od specijalističkog

dijela te time pacijentima pruža usluge transfuzijske medicine, ginekologije, te vođenje sestrinske dokumentacije. Program je povezan sa HZZ-om i CEZIH-om.

IBIS, kao što je prethodno navedeno je integrirani bolnički informacijski sustav. To je program koji se koristi u bolnicama i kliničkim bolničkim centrima. Koristi ga i KBC Rijeka. Preko njega se obavljaju svi bolnički procesi. Od administrativnih i financijskih do medicinskih, te vođenje dokumentacije od prijema do otpusta pacijenta. Počeo se koristiti prije otprilike 20-tak godina, te se svakodnevno unaprjeđuje jer mora biti u skladu sa standardima i novitetima. Ovisi o organizaciji te podjeli poslova na odjelu, sestrinsku dokumentaciju pri prijemu pacijenta upisuje glavna sestra odjela, voditelj odjela ili smjenska sestra. Određeni podaci se unose samo jednom, a ostali se unose jedno ili više puta u 24 sata.

5. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

U uvodu je već navedeno da se sestrinska dokumentacija sastoji od dokumenata koje medicinska sestra zapisuje za vrijeme rada. Uključujući znanje i vještine iz procesa zdravstvene skrbi. Sve to se radi sa ciljem kontinuiranog praćenja bolesnika, planiranja njege i evaluacije provedenih postupaka.

Proces zdravstvene njege se odvija kroz četiri faze. Prva faza počinje prikupljanjem podataka. Podaci se uzimaju u razgovoru s pacijentom ili ukoliko nije moguće dobiti informacije od pacijenta, podatke uzimamo od obitelji ili zakonskih skrbnika. Za prikupljanje sestrinske anamneze potrebni su nam primarni, sekundarni i tercijarni izvori. Primarni podaci sadrže informacije koje su uzete od samog pacijenta promatranjem, mjerenjem, intervjuom te analizom dokumentacije. Sekundarni podaci prikupljaju se od pacijentove obitelji, zakonskih skrbnika što nazivamo hetero anamneza. Tercijarni podaci uzimaju se ako se podaci ne mogu prikupiti iz primarnih i sekundarnih izvora i oni obuhvaćaju analizu prijašnje pacijentove dokumentacije.

U drugoj fazi procesa, u skladu sa samostalnošću pacijenta i općim stanjem izrađuju se planovi zdravstvene njege i u dogovoru sa liječnicima planiraju medicinski i dijagnostički postupci. Zatim medicinska sestra na temelju dobivenih podataka sastavlja intervencije.

U završnoj fazi procesa se prve 3 faze evaluiraju te se procjenjuje uspješnost plana, te ukoliko je potrebno izrađuju se novi planovi zdravstvene njege. Osim dokumentacije u pisanom obliku, sakupljaju se i laboratorijski nalazi, RTG slike, EKG, MR, EEG i dr. ovisno o vrsti pretrage koja se obavlja. Njenim vođenjem se osigurava kontinuirano praćenje bolesnikova stanja, sam tijek i ishod liječenja. Medicinskim sestrama i tehničarima pomaže da se konstantno unaprjeđuju i poboljšavaju u svom radu. Pomoću nje olakšana je komunikacija unutar multidisciplinarnog tima.

Dijelovi sestrinske dokumentacije daju kompletan uvid u pacijentovo stanje što doprinosi boljem odnosu između zdravstvenih djelatnika te same upućenosti pacijenta u vlastito zdravstveno stanje. Sestrinska dokumentacije omogućava holistički pristup pacijentu i time pospješuje individualizaciju bez obzira na pacijentovu dob, spol, medicinsku dijagnozu, obrazovanje i rasu.

5.1. Sestrinska anamneza

Ispunjavanjem sestrinske anamneze dobivaju se podaci o tjelesnom, psihološkom zdravstvenom i socijalnom statusu pacijenta. U sestrinsku anamnezu se unose opći i specifični podaci o pacijentu. Osim generalija, anamneza sadrži i podatke o samostalnosti i fizičkoj aktivnosti pacijenta, kakav im je apetit te se dali imaju poteškoća sa gutanjem i žvakanjem, opisuje se specifičnosti na sluznici usne šupljine, eliminacijske navike. Pomoću adekvatno ispunjene sestrinske anamneze, na vrijeme se uočavaju problemi povezani sa zadovoljavanjem osnovnih ljudskih potreba, te se također dobivaju podaci potrebni za planiranje zdravstvene njege.

Sve stavke sestrinske anamneze moraju biti popunjene. Stavlja se križić u odgovarajuće polje, zaokružuje određeni ponuđeni broj ili se upisuju određene riječi. Popunjavanjem sestrinske anamneze dijagnosticiraju se bolesnikovi problemi, uočavaju rizični faktori i prilagođavaju sestrinske intervencije u skladu sa pacijentovim navikama, potrebama i stavovima.

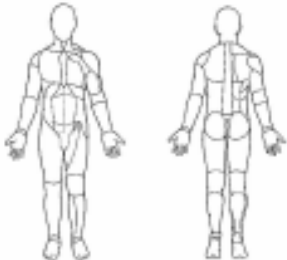
Dio sestrinske anamneze čine podaci uzeti na temelju fizikalnog pregleda pacijenta. Tijekom pregleda pacijenta, medicinska sestra ili tehničar, pregledavaju boju kože, promjene na koži, postojanje oštećenja integriteta kože, te druge anomalije. Izuzetno je bitan detaljan i opsežan pregled pedijatrijske djece koji se liječe od malignih bolesti kako bi se na vrijeme uočile promjene i komplikacije liječenja. Promjene koje se najčešće javljaju su petehije, panaricij i promjene na sluznicama.

Drugi dio anamneze sadrži podatke o stanju svijesti pacijenta, vjerskim i seksualnim potrebama. Podatke je također potrebno ispuniti i brojkama i riječima.

Zatim slijede sestrinske dijagnoze koje se postavljaju na temelju dobivenih podataka. Po pravilniku, prvostupnici sestrinstva su ti koji bi trebali otvarati planove zdravstvene njege, ali to ovisi o organizaciji svakog odjela posebno. Sestrinska anamneza se mora ispuniti u tijeku 24 sata.

USTANOVA		SESTRINSKA LISTA	
Matični broj MBG	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spol M <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stvari..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>	
Broj hospitalizacije		Obitelj udomitelja-skrbnika	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		LUEKOVI..... OSTALO.....	
Procjena samostalnosti	0 - nije ovisan <input type="checkbox"/> 1 - ovisan u manjem stupnju <input type="checkbox"/>	2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/>	4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>
Samozbrinjavanje	higijena - 0, 1, 2, 3, 4 hranjenje - 0, 1, 2, 3, 4	eliminacija - 0, 1, 2, 3, 4 oblačenje - 0, 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 0, 1, 2, 3, 4 premještanje - 0, 1, 2, 3, 4	sjedenje - 0, 1, 2, 3, 4 stajanje - 0, 1, 2, 3, 4	okretanje - 0, 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štake <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalice <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> osobitosti NE <input type="checkbox"/>		
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok.....	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok.....	
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo.....uzrok.....	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Sluznica	normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> naslage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/>	Osobitosti i opis	
Eliminacija <u>Eliminacija stolice</u>	Zadnja defekacija	inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo.....	
<u>Eliminacija urina</u>	normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena	osobitostiurostoma <input type="checkbox"/>	
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/>	Drenaža	
Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/>	osobitosti	Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....
Perceptivne sposobnosti	Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/>	Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	osobitosti
Sluh	dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluh <input type="checkbox"/> ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Bol	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta.....) NE <input type="checkbox"/>		
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

Slika 1. Obrazac sestrinske liste str. 1/2, Izvor: HKMS

Svijest	očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/>		Procjena na Glasgow koma skali.....
	ostalo.....		
	iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti.....		
Seksualnost	Prva menstruacija.....		Osobitosti vezane uz spolnost
	Zadnja menstruacija.....		
Aktivnosti koje utječu na zdravlje	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	droge.....
	kom/dan...../god.....	količina/dan...../god.....	ostalo.....
Prihvatanje zdravstvenog stanja	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagođivanje <input type="checkbox"/> prihvatanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....		
Vjerska uvjerenja	ograničenja.....		Samopercepcija sigurnost, strah...
potrebe.....			
Doživljavanje hospitalizacije			
FIZIKALNI PREGLED pregledavanje		visina.....	Promjena tjelesne težine
		težina.....ITM.....	
Puls/min	Temperatura i način mjerenja	Krvni tlak: D.R.....	
		L.R.....	
Disanje i osobitosti			
Koža - izgled i promjene		Glava i vrat	
Braden skala - bodovi			Legenda: D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R=Oštećenja tkiva
Toraks			
Abdomen			
Gornji ekstremiteti			Kateteri
Donji ekstremiteti			CVK-mjesto:..... Dat. uvođenja:..... Tko je uveo:.....
Terapija koju uzima:			
Znanje o:	bolesti	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....
	terapiji	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
	načinu života	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	I.V. kanila: mjesto..... izgled.....
Sestrinske dijagnoze			Nazogastrična sonda: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
			Tubus
Osobitosti o pacijentu:			
<p style="text-align: right;">Potpis med. sestre, broj registra</p>			

Legenda: 0-nije ovisan=samostalan, 1-ovisan u manjem stupnju=treba pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3-ovisan u visokom stupnju=treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan

Slika 2. Obrazac sestrinske liste str. 2/2, Izvor: HKMS

5.2. Praćenje stanja pacijenata

Prilikom procjene i praćenja stanja pacijenata ispunjavaju se određeni upitnici i skale. One se moraju ispunjavati svakodnevno kako bi se pravovremeno uočile promjene u stanju svijesti, kao i određene promjene kod pacijenata. Kategoriziranje pacijenata dobiva se uvid u težinu i zahtjevnost pacijenata. Svakodnevnom ispunjavanjem prati se tijek liječenja i brzina oporavka pacijenata. Pacijenti se razvrstavaju u određenu kategorizaciju ovisno o njihovom stupnju samostalnosti i stanju svijesti. Kategoriziranje se provodi i zbog osiguravanja dovoljnog broja medicinskih sestara i tehničara na određenim odjelima. Pa možemo zaključiti da utječe i na sam napredak odjela i organizaciju posla. U daljnjem tekstu će kratko biti opisane pojedine skale i upitnici.

Unos kategorizacije

Odjel: 1030206 Stacionar traumatologije

Datum: 14.05.2015 09:52 Kategorija: 1 Bodovi: 16

Skale na datum zapisu: GCS 0 Braden 0 Rizik za pad 0

Higijena	1	?	Terapijski postupci	1	?
Ovlažnjavanje	1	?			
Hranjenje	1	?			
Eliminacija	1	?			
Hodanje	1	?			
Stajanje	1	?			
Sjedenje	1	?			
Premještanje	1	?			
Okretanje	1	?			
Rizik za pad	1	?			
Rizik za nastanak dekubitusa	1	?			
Komunikacija	1	?			
Edukacija	1	?			
Stanje svijesti	1	?			
Vitalni znakovi	1	?			
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi	1	?			
Dijagnostički postupci	1	?			

Podnošenje napora
☐ Da osobito
☒ Ne

Dijeta:

Razina bola: 0 - bez bola

Opis bola:

Djelatnik:

Slika 3. Skale i upitnici, Izvor: IBIS, KBC Rijeka

Pomoću braden skale se procjenjuje sklonost za nastanak dekubitusa. Bodovni prag je od 6 do 23 bodova. Skala je podijeljena u 6 dijelova, a promatra se: senzorna

percepcija, vlažnost kože, aktivnosti pacijenta, pokretljivost, prehrana te da li je prisutno trenje i razvlačenje. Što je manji zbroj bodova, kod pacijenta je povećana rizik za nastanak dekubitusa.

Kategorizacija
Glasgow koma skale | Braden skala | Risk za pad | Kategorizacija

Braden skala - upitnik

Datum: 17.02.2015 10:52 Odel: 1030386 Vrednost: 18 Dobrobit: 18

Braden skala

Braden skala za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa sastoji se od procjene 6 parametara: senzorna percepcija, vlažnost, aktivnost, pokretljivost, prehrana, trenje i razvlačenje. Raspon bodova se kreće od 6 do 23, pri čemu manji broj bodova označava veći rizik za nastanak dekubitusa: 19-23 (nema rizika), 15-18 (prijatan rizik), 13-14 (umjeren rizik), 10-12 (visok rizik), 9 i manje (vrlo visok rizik).

Item	Vrednost
Senzorna percepcija	Kognitivna ograničenja
Vlažnost	Koža stalno vlažna
Aktivnost	U postelji
Pokretljivost	Potpuno nepokretan
Prehrana	Vrlo slaba
Trenje i razvlačenje	Prisutan grubljen

Rezultat: 18

Zaključaj Zapamti Odustani

Zaključaj Ažuriraj Novi Obriši

Slika 4. Skale i upitnici, Izvor: IBIS, KBC Rijeka

Morseova ljestvica koristi se u svrhu procjene rizika za pad. Ona procjenjuje šest grupnih činitelja: prethodne padove pacijenta, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, infuzija, stav-premještanje pacijenta te mentalni status. Raspon bodova koji na skali sadrži 45 i više bodova označava visok rizik za pad. Raspon bodova od 25 do 44 označava umjeren rizik za pad, a raspon bodova od 0-24 označava nizak rizik za pad.

Glasgow koma skala se upotrebljava za procjenu stanja svijesti pacijenta. Ispituje se njegova reakcija očima, verbalna reakcija te najbolja motorna reakcija. Veći zbroj bodova ukazuje na budnost pacijenta.

GLASGOW KOMA SKALA

REAKCIJA	OPIS	SAT							
Otvaranje očiju	4 spontano								
	3 na govor								
	2 na bolni podražaj								
	1 ne otvara oči								
Najbolja verbalna reakcija	5 orijentiran								
	4 smeten								
	3 neprikladno								
	2 nerazumljivo								
	1 ne odgovara								
Najbolja motorna reakcija	6 izvršava naloge								
	5 lokalizira bol								
	4 fleksija na bolni podražaj								
	3 abnormalna fleksija na bol								
	2 ekstenzija na bolni podražaj								
	1 ne reagira								

Slika 5. Glasgow koma skala, Izvor: HKMS

5.3. Trajno praćenje postupaka

Neposredno nakon prijema pacijenta na odjel, te adekvatnog zbrinjavanja mora se pristupiti kao što je već navedeno ranije, ispunjavanju sestrinske dokumentacije. U ovom dijelu dokumentacije medicinska sestra koja uzima podatke od pacijenta ili

obitelji, ili iz medicinske dokumentacije, obavezno mora upisati sve kanile, stome, katetere i sve ostalo. Da bi se adekvatno pratio tijek i promjene ubodnih mjesta, te razne komplikacije, pod obvezno je napisati i saznati kada je određeni divajls postavljen. Ukoliko se postavio prilikom prijema pacijenta na odjel, također se mora evidentirati datum postavljanja katetera ili sonde. Ukoliko prilikom obavljanja njege na odjelu, ili kod previjanja određenog divajlsa , medicinska sestra uoči bilo kakvu promjenu dužna je zabilježiti u napomenu. Ovako je to izgledalo dok se nije prešlo na elektronski zapis sestrinske dokumentacije.

SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA						
DATUM	I.V. KANILA	URINARNI KATETER	CENTRALNI VENSKE KATETER	DRENAŽA	STOMA	OSTALO

Slika 6. Prikaz trajnog praćenja postupka, Izvor: HKMS

5.4. Decursus

U ovaj dio sestrinske dokumentacije se unose promjene i bitne stavke (simptomi, novonastala stanja, moguće komplikacije) tijekom 24 satnog boravka pacijenta na odjelu, a koji nisu zabilježeni u sestrinskoj anamnezi. Ovisi o vrsti pacijenata i njihovim dijagnozama, te samoj organizaciji posla na odjelu, decursus se piše jednom

ili dva puta u 24 sata. Prema pravilima za vođenje sestrinske dokumentacije, decursus bi smjenska sestra trebala napisati za svoju proteklu smjenu.

5.5. Planovi zdravstvene njege

Nakon utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, izrađuju se planovi. Oni moraju biti individualizirani, standardizirani i modificirani standardizirani. Sačinjavaju ih četiri osnovne skupine prikupljenih podataka: sestrinske dijagnoze, doneseni ciljevi, planirane sestrinske intervencije te evaluacija. Dijagnoze se postavljaju prema PES i PE modelu. P predstavlja problem, E etiologiju te S simptome. Provedba planiranih intervencija se provodi s u skladu i dogovoru sa pacijentom. Pored određenih intervencija je nakon provedbe potrebno upisati vrijeme i potpis medicinske sestre, ukoliko se ista intervencija provodi više puta tijekom dana. Nakon provedenih intervencija, provodi se evaluacija. Ona može biti trajna, dnevna, tjedna te završna. Već više puta je u radu spomenuto da vođenje dokumentacije može indirektno utjecati na reorganizaciju poslova na odjelu, izradu školskog plana i programa te u izradi zdravstvenih normativa i standarda.

USTANOVA		PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE	
Izrađivač i prethodnik:	Datum redizanja:	Odjel:	Matični broj:
Sestrinska dijagnoza po prioritetu:		Cilj po prioritetu:	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA	

Slika 7. Plan zdravstvene njege, Izvor: HKMS

5.6. Medicinsko- tehnički i dijagnostički postupci

Ovaj dio sestrinske dokumentacije sadrži podatke o planiranim i obavljenim medicinskim i dijagnostičkim postupcima. Zadatak medicinske sestre/tehničara je upisati i zabilježiti datum kada je postupak planiran, te kada je izvršen. Na dan dogovorenog termina, sestra ili organizira pratnju i transport pacijenta, ili asistira liječniku. Ukoliko asistira prilikom izvođenja postupka, istovremeno promatra pacijenta, mjeri vitalne funkcije te pazi na nastanak mogućih komplikacija. Nakon obavljenog postupka, a ukoliko se to obavilo na matičnom odjelu pacijenta, potrebno ga je vratiti u sobu te staviti u odgovarajući položaj. Medicinska sestra je dužna ispuniti nadzornu listu rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi. U nju se bilježe moguće komplikacije tijekom ili nakon zahvata, ovisno o vrsti medicinsko – tehničkog i dijagnostičkog postupak. Listu je obavezno otvoriti za sve pacijente, a osobito za pacijente koji imaju visoki rizik za nastanak komplikacija. Neki od postupaka nakon kojih se otvara lista su: postavljanje nazogastrične sonde, lavažiranje organa kod hipotermije, bronhoaspiracija pacijenta koji boluje od trombocitopenije, postavljanje urinarnog katetera kod pancitopenije, transezofagijskog ultrazvuka srca itd. Dok se lista otvarala u papirnatom obliku, postojala je i rubrika gdje se liječnik koji je izveo zahvat morao potpisati. Pošto se danas te liste vode u elektronskom obliku, potpis nije moguće staviti, ali postoji rubrika gdje je zabilježi liječnik koji je proveo postupak.

r

NADZORNA LISTA RIZIČNIH POSTUPAKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

IME I PREZIME: MATIČNI BROJ: ODJEL:

Datum	Vrijeme	Postupak	Moguće komplikacije	Potpis liječnika	Datum, vrijeme	Postupci med. sestre	Potpis med. sestre

Slika 8. Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi, Izvor: HKMS

5.7. Procjena rizika za pad u pedijatrijskoj skrbi

Pad djeteta na odjelu je neželjeni događaj nakon čega može doći do nastanka posljedica pada. Svaki pad u zdravstvenoj ustanovi bi trebao biti medicinski zabilježen i prijavljen, sa ili bez svjedoka. Na temelju prijavljenih takvih slučajeva, na godišnjoj razini se određuje stopa pada. Broj prijavljenih slučajeva se množi sa 1000, a zatim se dijeli sa brojem odjelnih kreveta.

Velike su razlike u pokretljivosti odraslog pacijenta i djeteta, a to utječe na rizik za pad. Dok djeca obično padaju na glavu, kod odraslih dolazi do ozljeda leđa, bokova te zdjelice. Humpty Dumpty je skala koja se najčešće koristi u pedijatriji za procjenu rizika za pad. Ovisno o ukupnom zbroju izrađuju se individualni planovi za sprječavanje neželjenog incidenta.

Medicinska sestra je dužna nakon uzimanja anamneze procijeniti rizik za pad, kao što mora znati razlike u padovima i interpretirati razlike kod odraslog od pada djeteta.

U zdravstvenim ustanovama prijavljeni padovi pacijenata bitan su indikator zdravstvene njege. Pomoću mjerljivih činjenica u sklopu procesa liječenja moguće je odrediti stupanj kvalitete rada. Upotrebljavanjem indikatora za produktivnost te uspješnost rada, prati se zadovoljstvo pacijenata, njegove obitelji, tj. u pedijatriji zadovoljstvo djeteta, roditelja ili zakonskog skrbnika.

5.8. Sestrinsko otpusno pismo

Prilikom otpusta pacijenta iz bolnice uz liječničko otpusno pismo, piše se i sestrinsko otpusno pismo. Razlika između liječničkog i sestrinskog otpusnog pisma je u tome što se u sestrinskom pismu navode preporuke za daljnju zdravstvenu skrb.

Pismo se sastoji od:

- identifikacijskih podataka (ime, prezime, dob)
- općih podataka o vrsti zdravstvene njege
- bitnih stavki koje su utjecale na planiranu i provedenu zdravstvenu njegu (medicinska dijagnoza, sljepoća, stručna sprema bolesnika, stupanj invalidnosti)
- obavljene medicinsko tehničke postupke te postupke dijagnosticiranja problema
- procjenjivanje samostalnosti pacijenta
- procjenu uspješnosti provedene zdravstvene njege i skrbi
- preporuke i upute za daljnje provođenje zdravstvene njege u kući ili u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi
- pismo se piše u 2 primjerka: jedan se pohranjuje u sestrinskoj dokumentaciji, a drugi primjerak se daje pacijentu, njegovoj obitelji, drugoj instituciji ili patronažnoj sestri

UŠTANOVA		OTPUŠNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE	
Ime/priime	Datum odjaza	Adresa	Grad/gradsko područje
		Tel.:	
Obolavnik/obolavnikinja	Broj bolnice	Adresa bolnice	
		Tel.:	
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum i sat)	Kliničar/Čeja	
Nedostavke/dijagnoza kod otpusta			Ispravnost/ostatak terapije
Bilješka:			

SOCIJALNI STATUS			
Živi sam <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> Živi sa:	Socijalni status: Samostalni roditelj: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE	Školsko/veće posredništvo na otpustu iz bolnice: <input type="checkbox"/> Školsko <input type="checkbox"/> Posredni <input type="checkbox"/> Osim: <input type="checkbox"/> Školsko/veće <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Druga osoba <input type="checkbox"/> Nema	U koji se slučaj otpusta u bolnici ili otpušeni: <input type="checkbox"/> Domaćinstvo <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući <input type="checkbox"/> Negovatelna organizacija <input type="checkbox"/> Zdravstveni ustanovi <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koja nam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nema, nije znano

U kojemu negovatelju otpusta, uzaludnje ostao na mjestu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specijalističkog/pedagoškog/obolavnik, međugigijenski tim, psihosocijalni tim, ... <input type="checkbox"/> U općinskom <input type="checkbox"/> Kod posrednika/koordinatora dugotrajnog skrbi <input type="checkbox"/> Kod osobe izjavljene odgovornostima pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kućarke, volantera <input type="checkbox"/> Drugi:			
--	--	--	--

PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/OTPUŠTOCI	
Kako je prošao informisanje i edukacija bolnice i/ili općine/koordinirani zdravstveni timovi: Informiran: Edukovan: <input type="checkbox"/> Polupuna <input type="checkbox"/> Polupuna <input type="checkbox"/> Sjajna <input type="checkbox"/> Sjajna <input type="checkbox"/> Niska <input type="checkbox"/> Niska <input type="checkbox"/> Značajna osoba P <input type="checkbox"/> Značajna osoba P Projeziti dati potrebni podaci:	Kako je provedena zdravstvena njega, po otpustu iz bolnice ili iz bolnice preporučeno:

UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI	
<input type="checkbox"/> Postoji li osoba, po otpustu iz bolnice, odgovorna za njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije o osobi (ime) <input type="checkbox"/> Informacije o drugim članovima obitelji ili ostalim osobama	Potrebni resursi - odgovoran za njegu (ili u kući): <input type="checkbox"/> NPLU ili NPLU nakon otpusta <input type="checkbox"/> Treba li se poslužiti <input type="checkbox"/> NPLU poslije otpusta <input type="checkbox"/> Treba li se poslužiti <input type="checkbox"/> Drugi član por. otpusta

Koji je stariji	Koji je stariji	Adresa	Kontaktiranje	Informiranje	Prijaviti	Trenutno
<input type="checkbox"/> Bolnica	<input type="checkbox"/> Prijatelj	<input type="checkbox"/> Prijatelj	<input type="checkbox"/> Puna	<input type="checkbox"/> Nije	<input type="checkbox"/> Bolnica	<input type="checkbox"/> Bolnica
<input type="checkbox"/> Treba li	<input type="checkbox"/> Apoteka, posrednik	<input type="checkbox"/> Treba li u bolnici	<input type="checkbox"/> Ograničeno	<input type="checkbox"/> Posrednik	<input type="checkbox"/> Ograničeno	<input type="checkbox"/> Treba li
<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema na otpustu	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema
<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema na otpustu	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema	<input type="checkbox"/> Nema

Sukladno: <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/>	Drugi: <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Značajna potreba:
Informacije: Medicinski Vrijeme Informacije Posrednik/koordinator		<input type="checkbox"/> Nema <input type="checkbox"/> Nema <input type="checkbox"/> Negovatelna osoba <input type="checkbox"/> Negovatelna osoba <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Treba li se poslužiti <input type="checkbox"/> Nema <input type="checkbox"/> Nema

Slika 9. Otpusno pismo zdravstvene njege, Izvor: HKMS

6. SMJERNICE ZA VOĐENJE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Postoje smjernice kojih bi se medicinske sestre i medicinski tehničari morali pridržavati prilikom vođenja sestrinske dokumentacije, a one su:

- Sve zapaženo, činjenično i objektivno (vidom, sluhom, osjetom i mirisom), se mora dokumentirati;
- Informacije koje se bilježe moraju biti vjerodostojne za zdravstvenu njegu;
- Bitno je izbjegavati vlastite pretpostavke i mišljenja;
- Ukoliko se podaci bilježe na papir riječi moraju biti jasne, čitljive, ispravno gramatički napisane te je najbitnije da budu uredno zabilježene;
- Zapisuju se puna imena i prezime pacijenata, njihova stručna sprema te podaci o obitelji ili zakonskim skrbnicima;
- Prilikom upisivanja podataka u određene liste, koristiti crnu ili plavu kemijsku;
- Ukoliko se pogrešno nešto upiše ne smije se brisati korektorom, niti precrtavati riječi. Pogrešnu riječ se mora prekrižiti te pored nje upisati inicijale medicinske sestre i datum;
- Od kratica se smiju koristiti samo općeprihvaćene i medicinski poznate kratice;
- Neposredno nakon obavljenih određenih postupaka, a u što kraćem roku potrebno je zabilježiti podatke u određenu stavku dokumentacije;
- Sve stavke moraju biti ispunjene, ne smije se ostavljati prazan prostor;
- Ukoliko dođe do izostavljanja terapije ili medicinskog tehničkog postupka, upisati razlog odgode;
- Prilikom vođenja dokumentacije mora se izbjegavati vrijeđanje i kritiziranje pacijentove obitelji ili drugih kolegica;
- Također se ne smije pisati da je pacijent zahtjevan, dosadan, problematičan i razmažen. U tim situacijama je potrebno čim realnije opisati bolesnikovo stanje;
- Dokumentiranju se mora savjesno pristupiti te je potrebno u cijelosti to izvršiti vodeći se time da što nije zapisano, nije ni učinjeno.

7. SPECIFIČNE LISTE ZAVODA ZA HEMATOONKOLOGIJU, ONKOLOGIJU I KLINIČKU GENETIKU KBC-A RIJEKA- LOKALITET KANTRIDA

Na dječjem Zavodu za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku, KBC - a Rijeka, uz standardnu sestrinsku dokumentaciju koriste i dodatne liste. To su bijela (lista medicinske sestre, 24h decursus), crvena (liječničko sestrinska lista) i terapijska lista. Liste se vode u papirnatom obliku. Otvaraju se neposredno nakon prijema djeteta, a za odjelne pacijente se vode na dnevnoj bazi. Ukoliko je prijem pacijenta elektivan tj. dogovoreni, noć prije odjelna tj. smjenska sestra otvara listu za novog pacijenta. Medicinska sestra na listi ispunjava generalije o pacijentu, a zatim pri prijemu odjelni liječnik upisuje ordiniranu terapiju. Prilikom hitnog prijema djeteta, kao i vikendom, odjela sestra također otvara listu, a dežurni liječnik upisuje terapiju prema medicinskoj dokumentaciji.

7.1. Crvena lista

Crvena tj. liječnička lista je lista u koju odjelni liječnik upisuje lijekove, citostatike i popratnu terapiju za pacijenta.

Lista je podijeljena u par dijelova. Na lijevoj strani se nalazi pečatirana tablica sa prvim laboratorijskim nalazima djeteta, krvnom grupom te se u taj dio liste upisuje visina, težina te BMI djeteta. Sa desne strane liste se zapisuju dani u mjesecu, a ispod toga dan boravka djeteta na odjelu.

Nakon ove podjele, dalje imamo na listi još 3 djela. U prvi dio liječnik upisuje ordinirane citostatike za taj dan i za ostale dane.

U drugi dio liste upisuju se ordinirani antibiotici, njihova doza te vrijeme kad će se dati pacijentu. Isto tako, upisuju se i pripravci krvi, plazme i krvnih stanica koji se daju ovisno o potrebama pacijenta i laboratorijskih nalaza.

Treći dio liste naziva se ostalo. U njega liječnik upisuje ordinirane antipiretike, antiemetik, kortikosteroidne lijekove, antimikotike, suplemente i dr .

Smjenske sestre na ovoj listi bilježe temperaturnu krivulju. Upisuje se jutarnja temperatura, najveća popodnevna i temperatura tijekom noći. Ispod određenog dana

boravka bilježi se jutarnji tlak, a u bijele kockice se zapisuju stolice tijekom dana. Djeca se na odjelu svakodnevno važu te se i taj podatak upisuje na crvenu listu.

Slika 10. Crvena lista, Izvor: Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka, Zavod za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku

7.2. Lista medicinske sestre

Sadrži ime i prezime pacijenta te rubrike u koje se upisuju određeni parametri i vitalne funkcije. Bilježi se temperatura, krvni tlak, puls i saturacija. Parametri se obavezno upisuju u 10 h ujutro, 17 h popodne i u 22 navečer. Ovisno o stanju pacijenta, parametri se mogu upisivati i više puta tijekom dana. Ukoliko dođe do porasta temperature, hipertonije, tahikardije ili pada saturacije, parametri se upisuju na listu sa crvenom kemijskom. Tako svaka sestra ima uvid u pacijentovo stanje i time se olakšava praćenje pacijenta, ali i naglašava promjene stanja pacijenta. Također se u listu upisuje intravenozna terapija, te unos tekućine u 24 h.

Dok je pacijent na kemoterapiji medicinska sestra se pridržava smjernica te radi balanse tekućina. To se radi na temelju unesenih podataka o iv tekućini, per os te izlučenoj tekućini na 3, 6, 12 i 24 sata ovisno o protokolu liječenja.

Kod primjene ordiniranog citostatika medicinska sestra obavezno promatra dijete te svaku i najmanju promjenu upisuje u sestrinsku listu. Pravilno vođena sestrinska lista uvelike olakšava praćenje i uočavanje bitnih promjena kod pacijenata.

LISTA MEDICINSKE SESTRE				IME I PREZIME PACIJENTA									
DATUM	SAT	TEMP.	RR	PULS	SO2	I.V. UNOS	P.O. UNOS	DIUREZA	STOLICA	SIK na krv	HRANA	ZAPAZANJA	POTPIS
14.2.	11					→ 312 ml OJERA							
14.2.	11					→ 543 ml	1400 ml	280 ml ++				→ 652 ml	24.05.2014
	11					→ 200 ml OJERA		180 ml				→ 652 ml	
	12					→ 517,8 ml OJERA	200 ml	300 ml			julka, kof. sa		
	14					→ 517,8 ml OJERA		280 ml			zavrnj. pom.		
	15						150 ml	510 ml			čavapi,		
	15							350 ml			napitak		
	16						200 ml	140 ml			namaz		
	17							332 ml					
14.2.	11-17					→ 1234 ml	550 ml	2100 ml					24.05.2014
	17					→ 517,8 ml OJERA							
	18	36,8°C	104	79	100%			180 ml					
	18					→ 517,8 ml OJERA		140 ml					
	19						200 ml	130 ml					
	20							170 ml					
	21							310 ml					
	22					→ 517,8 ml OJERA		140 ml					
	23					→ 123,7 ml OJERA							

Slika 11. Lista medicinske sestre, Izvor: Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka, Zavod za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku

7.3. Terapijska lista

U terapijsku listu se upisuju lijekovi, doze, način davanja te učestalost davanja. Na listu se upisuje i današnji i sutrašnji datum. Prvo se upisuju lijekovi koji su predviđeni za taj dan i pored svakog lijeka se piše vrijeme kada ga pacijent mora dobiti i obavezno potpis sestre koja ga je dala. Ukoliko pacijent ne popije lijek ili je terapija iz nekog razloga odgođena, sve se dokumentira i upisuje uz potpis medicinske sestre.

7

EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMIJENJENE TERAPIJE

USTANOVA: [redacted] IME I PREZIME: [redacted] MATIČNI BROJ: 20.7.2001. ODJEL: Ped IV

Datum	Lijek - doza - način davanja - učestalost davanja	Ordinirao	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.
17.10.2019.	EMULINAB 500mg i.v. / 500ml NaCl		14 ^h	[redacted]									11	[redacted]
	ETOPOSID 157mg i.v. / 400ml NaCl / 2 ^h												13 ³⁰	[redacted]
	PROSTAND 2620mg i.v. / 500ml NaCl / 4 ^h												14 ⁰⁵	[redacted]
	MESNA 1570mg i.v. / 15'												11	[redacted]
	MESNA 2622mg i.v. / 24 ^h													
	STRUCAN 200mg p.o.											8 ³⁰	[redacted]	
	NEXIUM 40mg p.o.											8 ³⁰	[redacted]	
	NORXIA 6kaps p.o.											8 ³⁰	[redacted]	
	LASEOL 1kaps. a 10g p.o.				20 ^h	[redacted]						8 ³⁰	[redacted]	14 ^h
	KUTREL 3mg i.v.												14 ⁰⁵	[redacted]
	DEXAMETHAZONE 4mg i.v.											06	[redacted]	14
17.10.2019.	LASIX 20mg i.v. p.p.													
	PARACETAMOL 1 1/2tbl a 500mg		15 ^h	[redacted]	17 ^h	[redacted]								
	PINOLAN 10mg p.o.		15 ^h	[redacted]	17 ^h	[redacted]								
	INPROCTERSON 100mg i.v. / 500ml NaCl / 15'		15 ^h	[redacted]										

Slika 12. Terapijska lista, Izvor: Klinika za pedijatriju, KBC Rijeka, Zavod za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku

8. ZAKLJUČAK

U radu su prikazani neki od osnovnih i dodatnih dijelova sestrinske dokumentacije. Vidljivo je da je sestrinska dokumentacija i njeno vođenje, koje je popraćeno i zakonskom regulativom, obveza svake medicinske sestre zaposlene na bilo kojoj razini zdravstvene zaštite. Dokumentacija se mora voditi po pravilima koji su prikazani u radu.

Aдекватно ispunjena sestrinska dokumentacija omogućava svim članovima zdravstvenog multidisciplinarnog tima praćenje zdravstvenog i općeg stanja pacijenta tijekom liječenja i boravka u bolnici, ali i izvan bolnice. Vođenje dokumentacije također ima i utjecaj na poboljšavanje i unapređivanje zdravstvene njege i sestrinstva općenito.

Prema zabilježenim i arhiviranim podacima u sestrinskoj dokumentaciji izrađuju se planovi i statistička istraživanja koja vode ka boljitku. Dokumentacija u elektroničkom obliku dovela je do minimaliziranja pogrešaka što se tiče nejasnog i nečitkog rukopisa bilo riječi ili brojki.

U današnje vrijeme dokumentiranje, zbog prevelikog opsega posla, a s premalo i nedovoljno kadra, ponekad predstavlja problem i oduzima medicinskim sestrama i medicinskim tehničarima vrijeme koje trebaju posvetiti pacijentu u pružanju zdravstvene skrbi i njege.

9. LITERATURA

1. S. Čukljek, Osnove zdravstvene njege, Visoka zdravstvena škola, 2002.
2. S. Čukljek, *Proces zdravstvene njege*, 2006.
3. V. Bojić i N. Majsović, Neki problemi u ostavarivanju prava na pristup medicinskoj dokumentaciji, Zdravstveno veleučilište, 2009.

Preuzeto s Interneta:

4. »Narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html,« pristupljeno 17.07.2019. [Mrežno].
5. »Scribd.com/doc/155582872/Sestrinska-dokumentacija-i-skale,« pristupljeno 18.07.2019. [Mrežno].
6. <http://www.hkms.hr/> pristupljeno 18.07.2019. [Mrežno].

10. PRILOZI

Prilog: Popis ilustracija

Prilog: Slike

Slika 1. Obrazac sestrinske liste str. 1/2	11
Slika 2. Obrazac sestrinske liste str. 2/2	12
Slika 3. Skale i upitnici	13
Slika 4. Skale i upitnici	14
Slika 5. Glasgow koma skala	15
Slika 6. Prikaz trajnog praćenja postupka	16
Slika 7. Plan zdravstvene njege	17
Slika 8. Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi	19
Slika 9. Otpusno pismo zdravstvene njege	21
Slika 10. Crvena lista	24
Slika 11. Lista medicinske sestre	25
Slika 12. Terapijska lista	26

11. ŽIVOTOPIS

Elena Domika, rođena 15. siječnja 1969. godine u Rijeci. Osnovnu školu Nikola Tesla završila je u Rijeci 1984. godine i iste godine upisuje CUO za kadrove u zdravstvu „Mirko Lenac“ koju završava 1987. godine.

Godine 2016. upisuje izvanredni preddiplomski studij sestrinstva na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci kojeg trenutno završava.

Tijekom studiranja radila je u Ortopedskoj bolnici Lovran te KBC-u Rijeka, Kantrida, na Zavodu za hematologiju, onkologiju i kliničku genetiku gdje radi i sada.